LA FRANCE MÉDICALE
ET
PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Hémorrhagies intestinales hystériques, par le Dr Mouzon, p. 753. — **Bibliographie** : Leçons de clinique chirurgicale, par Pierre Delbet, p. 759. — **Académie des sciences** : *Séance du 21 novembre* 1898. — Présidence de M. Wolf. Caractérisation du sucre de l'urine des diabétiques p. 759. — **Academie de medécine** : *Séance du 29 novembre* 1898. — Présidence de M. Jaccoud. — Influence de la résection du sympathique cervical sur l'épilepsie; Rapport de prix ; Eaux minérales; Traitement des anévrysmes par les injections sous-cutanées du sérum gélatineux, p. 760. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 25 novembre* 1898. — Présidence de M. Sevestre — Gastro-entérite infantile; Spondylose p. 760; Iodisme ; Infection pneumococcique généralisée, p. 761. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 25 novembre*. 1898. Présidence de M. Jullien. — Rapport sur la candidature de M. le Dr G. Nicolich, p. 761. — **Société médicale des Bureaux de bienfaisance** : *Séance du 12 octobre* 1898. — Présidence de M. L. Gourichon, p. 764. — Prophylaxie des maladies contagieuses et, en particulier, de la tuberculose dans le service des Bureaux de bienfaisance; Compte rendu du Congrès de la tuberculose, p. 766. — Du moyen de supprimer le double des ordonnances ; De l'abus des consultations gratuites dans les hôpitaux, p. 767. **Société de chirurgie** : *Séance du 30 novembre* 1898. Présidence de M. P. Berger. Traitement du tétanos; Traitement de la péritonite tuberculeuse; Abcès du cervelet consécutif à une otite suppurée Intervention. Guérison ; Occlusion intestinale aiguë ; Kyste congénital du corps thyroïde ; Corps étrangers des voies respiratoires ; Deux observations d'incrustation calcaire de l'urètre; Lithiase vésiculaire ; Cholécystotomie idéale; Guérison, p. 767. — **Nouvelles**, p. 768.

CLINIQUE MÉDICALE

Hémorrhagies intestinales hystériques,

par le Dr Mouzon (1).

Médecin de l'hôpital Saint-François.

Même après les magistrales leçons de Charcot et les travaux aussi nombreux que remarquables de l'Ecole de la Salpêtrière, c'est une vérité banale de dire que l'hystérie, par le caractère protéiforme de ses diverses modalités symptomatiques, demeure encore une source de surprises pour le clinicien. Dérouté par les conditions imprévues où cette singulière affection aime parfois à se manifester, il tombe alors dans des erreurs regrettables ou dans une confusion désespérante ! Combien en est-il parmi nous qui ne se soient vus un jour aux prises avec une expression symptomatique nouvelle de cette bizarre maladie ? On peut dire, sans être taxé d'exagération, que « la grande névrose », dans sa manie des variantes, met une réelle coquetterie à tromper le médecin. Les jeunes, avec l'insouciance de leur âge, sont nécessairement les premières et habituelles victimes, mais les praticiens d'âge et d'expérience ne sont pas toujours à l'abri de ses coups perfides. Le professeur Joffroy (1) ne cite-t-il pas le cas d'une enfant à qui un chirurgien consciencieux avait proposé une arthrotomie pour une arthralgie du genou ? Cette arthralgie, tenace, paroxystique, avait été attribuée à un corps étranger articulaire et n'était, en réalité, que la manifestation bizarre d'une hystérie monosymptomatique. N'avons-nous pas tous présents à la mémoire les cas intéressants de mon excellent maître et ami le Dr Talamon (2), si bien faits pour mettre en lumière le rôle trompeur de l'hystérie dans l'évolution symptomatique de l'appendicite ? Un jour l'hystérie avait donné à une simple colique appendiculaire les apparences d'une appendicite perforante aiguë ! Dans une autre circonstance, la grande névrose avait pris la marque d'une appendicite chronique à rechutes et l'erreur était allée jusqu'à l'intervention chirurgicale ! Dans une troisième observation enfin, la même évolution clinique allait entraîner la même erreur de diagnostic quand une énergique suggestion vint interrompre brusquement la série des crises ! Eh bien, il m'a semblé que ces pseudo-arthralgies et ces pseudo-appendicites, qui venaient ainsi obscurcir et même erroner un diagnostic déjà souvent délicat par lui-même, avaient quelque lien de parenté avec les enterorrhagies singulières qu'il m'a été donné de voir, et que je vous demande la permission de relater brièvement.

De semblables accidents sont rares, sans doute, car je n'ai rien trouvé de tel dans les nombreux documents de la littérature médicale sur l'hystérie; peut-être paraîtront-ils moins exceptionnels lorsqu'ils seront connus. Au reste, ne trouve-t-on pas décrit partout les accidents hémorrhagiques chez les hystériques et les sueurs de sang, les épistaxis, les hémoptysies et les hématémèses ayant une origine nerveuse ne sont-ils point des faits acceptés par tous les observateurs ? Pourquoi la muqueuse intestinale serait-elle seule à l'abri des capricieuses atteintes de la névrose? Il y aurait là une étrange anomalie qui ne se trouve point dans la vérité clinique, c'est du moins ce que je vais

(1) Communication faite à la Société de médecine de Paris dans les séances des 12 et 26 novembre 1898.

(1) Journal de clinique et de thérapeutique, 1897, n° 36.

(2) La Médecine moderne, 1897.

essayer de démontrer dans les quatre observations que je vais vous soumettre avec les explications qu'elles suggèrent.

Une première observation sera un peu détaillée, d'abord parce que c'est elle qui m'a mis sur la voie de la vérité, ensuite parce que le syndrôme est apparu d'une si étrange façon que l'embarras et le trouble pouvaient certes bien s'expliquer même de la part d'un de nos maîtres les plus regrettés appelé par moi en consultation.

Obs. I. — Il s'agissait d'une jeune fille de 20 ans appartenant à une famille dont je suis le médecin depuis 10 ans. Cette jeune fille, bien constituée, réglée à 13 ans, n'avait jamais été sérieusement malade, à part quelques amygdalites simples dans son enfance, et, au moment de la puberté, des signes de chloro-anémie qui nécessitèrent, pendant plusieurs mois, une médication appropriée. Du reste, son père et sa mère sont d'une excellente santé et son unique frère n'a pas eu d'autre maladie qu'une rougeole à 8 ans. *Jamais cette jeune fille n'a eu le moindre accident nerveux*, son caractère paraît pondéré, peu émotif, toujours égal, mais peut-être seulement peu communicatif et un peu fermé. Un seul point a toujours laissé à désirer, c'est la constipation, une constipation opiniâtre contre laquelle il m'a souvent fallu lutter, soit par la poudre laxative de Vichy, soit par les pilules de Podophyllin, soit surtout par l'usage prolongé de l'extrait fluide de cascara sagrada. Il y avait plus d'un an que je n'avais vu ma jeune cliente lorsque, vers la fin d'août 1896, on me fait appeler d'urgence pour elle. Au moment où, dans la matinée, elle s'occupait à ranger sa chambre, elle venait d'être prise tout à coup d'un malaise général, d'oppression avec serrement à la gorge et surtout de violentes douleurs de ventre avec coliques et ténesme rectal. En même temps « elle se sentait mouillée » et sa mère constatait avec effroi un écoulement de sang assez considérable qu'elle attribuait au retour inopiné des règles, dont l'apparition n'était, du reste, attendue qu'une quinzaine de jours plus tard. A mon arrivée, je trouve la malade assise et repliée sur elle même, les jambes fléchies sur le bassin, la tête un peu déjetée en arrière. La respiration est haletante, entrecoupée de quelques hoquets légers, le pouls est vite, mais il n'est point petit et filiforme comme le pouls abdominal, la figure est pâle et les traits altérés par la souffrance, la pupille est légèrement dilatée, mais les yeux n'ont rien perdu de leur éclat et la vision n'est pas diminuée. La malade se plaint surtout des douleurs abdominales, douleurs continues mais plus fortes par moment et généralisées à tout le ventre, elle accuse également un poids énorme sur l'estomac et il lui semble qu'elle « va vomir ». Avec toutes les précautions ordinaires, je la fais étendre sur son lit et je peux pratiquer alors un examen complet. Du côté des poumons et du cœur, rien d'anormal, à part un peu de tachycardie (pouls à 104) ; la langue est un peu blanche, mais elle n'est ni sèche, ni augmentée de volume ; au reste, l'appétit, jusqu'à ce jour, s'est maintenu ordinaire ; il y a bien, au niveau du creux de l'estomac, un sentiment de pesanteur et de constriction qui remonte le long du sternum, mais aucune nausée ni aucune éructation. Les fonctions intestinales elles-mêmes avaient été à peu près régulières jusque-là, avec le secours des laxatifs ordinaires. Le ventre est ballonné et très douloureux à la pression et on y constate un tympanisme général très accusé, sans toutefois qu'on y trouve aucun point de matité à la percussion, qu'une hyperesthésie cutanée très intense rend d'ailleurs difficile. Rien de particulier du côté des organes génito-urinaires, mais je constate l'écoulement, par l'anus, d'un sang rouge, bien liquide, d'odeur non fécaloïde. Cet écoulement n'est pas abondant, mais continu avec toutefois des exacerbations légères coïncidant avec des crises intestinales plus douloureuses. Le toucher rectal, si haut qu'on puisse le pratiquer, ne provoque pas de plaintes plus vives chez la malade, pas plus qu'il ne décèle, sur toute l'étendue de la région explorée, ni hémorrhoïdes, ni ulcération. Il n'existe même pas, dans l'ampoule rectale, d'amas de matières fécales, ainsi qu'il est d'ordinaire chez les constipées habituelles. La température atteint à peine 38 degrés, et la peau n'est le siège ni d'œdème ni même de moiteur.

En face d'un pareil tableau clinique, quel diagnostic porter? La réponse, il faut l'avouer, n'était point facile. Les hémorrhagies intestinales, en effet, arrivant ainsi d'emblée sans autre cortège que du tympanisme, de l'hyperesthésie et des douleurs de ventre ne sont pas communes.

Nous savons cependant déjà que les écoulements sanguins, quels qu'ils soient, ne peuvent être qu'un syndrôme, ils ne peuvent constituer, à eux seuls, ni une lésion ni une maladie. Voyons donc, parmi les causes multiples susceptibles d'expliquer les hémorrhagies symptomatiques, celles qui nous paraîtront les plus rationnelles.

Pour cela, passons brièvement en revue leur signification clinique. Alf. Luton (1) voit, dans les hémorrhagies intestinales, un syndrôme qui indique :

1° Une plaie ou une altération des parois d'un vaisseau malade. — Ce sont les *hémorrhagies traumatiques*.

2° Un excès de pression interne de la colonne sanguine et une rupture de vaisseaux sains. — *Hémorrhagies mécaniques*.

3° Une altération ou une altération des paroie d'un vaisseau malade (*Hémorrhagies dyscrasiques*).

Il nous est facile d'éliminer le premier groupe attendu qu'il ne peut être question, dans notre cas, ni d'un traumatisme externe, ni d'action traumatique interne due, par exemple, à un corps étranger avalé par mégarde et qui aurait franchi le pylore. Les commémora-

(1) A. Luton. Dict. Dechambre, art. Hémorrhagies intestinales

tifs, l'examen direct aussi bien que les circonstances qui ont accompagné l'accident suffisent pour éloigner toute cause de cette nature.

Sommes-nous en face d'une hémorrhagie dyscrasique? Il ne peut y avoir en cause ni ulcération typhique, ni érosions tuberculeuses, ni lésion de la muqueuse intestinale comme il s'en voit dans l'entérite folliculaire, la dysenterie, le cancer ou l'ulcère perforant du duodénum. L'intégrité des organes, le début soudain des accidents, l'absence de douleur localisée et de tuméfaction limitée, aussi bien que le maintien d'un bon état général, écartent facilement cette origine.

Restent les causes mécaniques, celles produisant une tension sanguine excessive dans l'intérieur des vaisseaux au point d'amener parfois leur rupture et que Spring (1) a encore appelées *hypérémiques*! A cette classe appartiennent les hémorrhagies dues à une lésion organique des poumons et du cœur. Nous avons vu que ces organes étaient intacts chez notre malade. Pour la même raison, nous ne pouvons incriminer une lésion quelconque du foie ni de la rate. La manière dont s'est produit l'écoulement sanguin ne permet pas de penser à une rupture anévrysmale des gros vaisseaux de l'intestin, car alors l'hémorrhagie eût été brusque d'emblée il y aurait eu des phénomènes généraux accusés et les symptômes consécutifs eussent été tout différents. L'existence d'un polype de l'intestin n'est guère admissible car, dans presque tous les cas connus, ce polype occupe le rectum où il est accessible au toucher et, d'ailleurs, il n'a guère été observé que chez les enfants et, en tous cas, les accidents n'ont pas la brusquerie que nous avons relatée. Nous ne parlons pas d'hémorrhagies supplémentaires possibles puisque les règles étaient toujours régulières chez notre malade. Quant à une hémorrhagie hémorrhoïdaire, nous n'avons pu y songer puisque le toucher rectal ne nous a pas décelé d'hémorrhoïdes; au reste, dans ce cas, l'écoulement sanguin eût été annoncé par des symptômes généraux; céphalée, vertiges, troubles gastriques, douleurs dans les lombes, pesanteur et chaleur des organes du petit bassin, phénomènes qui n'existent pas dans notre observation. Et, du reste, le caractère essentiel des mouvements fluxionnaires de cette nature n'est-il pas dans leur tendance à récidiver et dans leur production au moment des efforts de défécation?

Restait l'étiologie nerveuse? Mais ici n'allons-nous pas nous exposer au reproche fait souvent — parfois avec raison, il faut l'avouer — aux médecins de rattacher au nervosisme les phénomènes dont ils ne peuvent donner d'explication plausible. Nous ne l'avons pas pensé. Les hémorrhagies de cause morale n'existent-elles pas, en effet, et ne sont-elles point admises par tous les cliniciens? Récemment encore, Lancereaux ne citait-il point le cas de deux jeunes hommes qui étaient pris d'épistaxis chaque fois qu'ils se mettaient en colère? Zilgien, de Besançon, ne publiait-il pas (1), il y a quelques mois, d'intéressantes observation de gastrorrhagies et d'hématuries même, à la suite d'émotions violentes, chez des neurasthéniques? Presque dans le même moment, Mesnard, de Bordeaux, signalait (2) des hématémèses d'origine nerveuse faussement attribuées à un cancer stomacal et dues en réalité à une forte secousse morale résultant d'une violente discussion. Il ne peut donc plus y avoir de doute maintenant sur l'étiologie nerveuse réelle de certaines hémorrhagies. Or, cette origine me parut être la seule capable d'expliquer l'écoulement sanguin par la voie rectale chez ma malade, et voici sur quoi s'appuyait ma conviction. D'abord, j'y étais naturellement porté par l'absence complète de maladie ou de lésion pouvant me fournir une raison d'être des accidents; ensuite le début brusque d'hémorrhagie en pleine santé, l'apyrésie absolue, l'intégrité complète des fonctions intestinales ne cadrant guère avec une hyperesthésie et un tympanisme si exagérés de l'abdomen, enfin le peu de retentissement de l'*entéorrhagie* sur l'état général de la malade étaient bien faits pour éclairer ma religion. Mais ce qui me confirma dans mon opinion, ce fut la constatation d'une légère différence dans la sensibilité à la piqûre entre les deux côtés. Y avait-il hyperesthésie à droite ou hypoesthésie à gauche, je ne saurais le dire, mais ce qui était évident, c'est que la sensibilité éprouvait un retard notable d'un côté, et ce seul fait rapproché d'une confidence faite par la malade, d'une grande contrariété éprouvée la veille, suffisait pour me faire poser le diagnostic d'*hémorrhagie intestinale* d'origine nerveuse. Je rassurai la famille, l'engageai à entourer la malade de soins et de tendresses, et prescrivis des applications de glace sur le ventre en même temps que des lavements astringents et un peu d'opium à l'intérieur. Je recommandai également le repos absolu dans le décubitus dorsal. Le lendemain, les symptômes, qui s'étaient sensiblement amendés et avaient permis à la malade de passer une bonne nuit, se réveillaient de plus belle et avec la même intensité qu'au début. La famille effrayée m'envoyait chercher en toute hâte. A mon second examen je n'appris rien de nouveau. Toutefois, surpris par l'étrangeté de ces accidents et désireux de couvrir cependant ma responsabilité, je proposai de faire appeler en consultation mon regretté maître et ami le Dr Hanot. Mis au courant de ce qui s'était passé la veille, celui-ci, après une visite très minutieuse de la malade, revenait très perplexe et fort embarrassé pour former un diagnostic. Je lui communiquai alors mon opinion basée sur les différents symptômes, sur l'absence de signes physiques et sur les commémoratifs. Sa physionomie alors s'éclaira et il se contenta de me dire : « Après tout, c'est bien possible! Pourquoi les nerveuses dont on a décrit souvent les épistaxis, les hémoptysies et les hématémèses ne pour-

(1) Spring. *Traité des accidents morbides.*

(1) *Revue médicale de l'Est*, 1897, n° 24.

(2) *Gazette des Sciences médicales de Bordeaux*, 1897, n° 45.

raient-elles point avoir, dans certaines conditions, des hémorrhagies intestinales ? » Il fut alors convenu entre nous que le traitement de la veille serait continué en y joignant une potion bromurée spécialement destinée à combattre l'élément causal. A ma visite du lendemain, un changement complet s'était produit chez la jeune fille : l'écoulement sanguin avait cessé dans les premières heures de la nuit, les douleurs abdominales n'existaient plus et avaient fait place à un sentiment de brisement général et de courbature ; le tympanisme du ventre ainsi que l'hyperesthésie de la paroi s'étaient considérablement amoindris, et la malade, qui n'avait pas voulu manger depuis deux jours, réclamait de la nourriture. Je supprimai alors tout autre traitement que les applications froides et la potion de bromure. Au bout du quatrième jour, la malade reprenait sa vie habituelle, sans qu'il lui restât rien des accidents extraordinaires qui avaient mis sa famille en émoi et jeté les médecins eux-mêmes pendant un moment dans un pénible embarras.

Depuis cette époque — fin d'août 1896 — j'ai pu rencontrer trois nouveaux cas d'hémorrhagies intestinales d'origine nerveuse chez des hystériques qui possédaient, celles là, les stigmates caractéristiques de la « grande névrose ». Ces hémorrhagies n'ont plus présenté les mêmes difficultés de diagnostic et si je les mentionne brièvement, c'est surtout comme confirmation de l'observation précédente.

Obs. II — Le premier cas a trait à une jeune institutrice anglaise entrée dans mon service à l'hôpital Saint-François pour des palpitations cardiaques, de l'anorexie, de la constipation et de la leucorrhée. Fille de névropathes, elle ne présente rien de particulier ni du côté des poumons, ni du côté des différents viscères : le cœur a des battements désordonnés au moment de l'examen, mais il n'y a aucun signe de lésions. Les régions ovariennes, surtout à gauche, sont extrêmement sensibles à la pression et provoquent une sensation de boule qui part du creux de l'estomac, remonte le long du sternum et vient la comprimer à la gorge. Les réflexes plantaires sont sensiblement exagérés et toute la région antéro-externe de la cuisse gauche est absolument insensible : une épingle, enfoncée dans la peau de cette région n'y détermine ni douleur, ni écoulement sanguin ; le froid et le chaud y sont perçus, mais avec des retards bien manifestes. Les mouvements sont du reste normaux, bien qu'un peu saccadés. Les règles sont peu abondantes, mais régulières. Il y a, avec les stigmates nerveux précédents, des signes non équivoques de chloro-anémie. En même temps qu'un traitement tonique et ferrugineux, je prescris, pour le lendemain, des douches en jets brisés le long de la colonne verticale et le long des jambes, suivies de frictions au gant de crins. A ce moment, un déluge de larmes survient chez la jeune malade qui ne peut se faire à l'idée de « paraître nue devant la doucheuse ». Je n'y prêtai pas grande attention tout d'abord ; mais à ma visite du lendemain, la religieuse du service me dit n'avoir pu commencer le traitement hydrothérapique « à cause des règles inopinément survenues chez la malade qui les avait terminées huit jours auparavant ». Surpris de cet étrange retour, j'examine de près et je constate, en effet, un écoulement sanguin peu abondant, mais assez fréquemment renouvelé ; toutefois je n'ai point de peine à me rendre compte que l'hémorrhagie n'avait pas d'autre issue que l'anus. Cette fois encore, après avoir vainement cherché à cet accident d'autres causes, en l'absence d'hémorrhoïdes ou de lésions intestinales quelconques, j'étais amené à porter le diagnostic d'*hémorrhagies intestinales hystériques*. Je donnai du bromure ; mais l'accident ne continue pas et, dès le surlendemain, la jeune Anglaise, plus confiante et moins émotive, commençait ses douches dont l'action, combinée à celle de son traitement interne, amena, au bout de six semaines, une guérison qui s'est maintenue depuis.

Obs. III. — La troisième observation se rapporte à une jeune femme de 30 ans, très nerveuse et déjà soignée antérieurement pour des crises hystériques pendant lesquelles elle perdait connaissance et tombait, mais sans cris et toujours sans se faire de mal. Elle avait eu une hémianesthésie sensitive et sensorielle complète du côté droit, l'année précédente. Sa santé était assez bonne, quand un jour, à la suite d'une très vive contrariété, elle fut prise, sans autre cause, d'une hémorrhagie assez abondante par l'anus, avec douleurs de ventre et ténesme rectal douloureux. Le mari effrayé envoya dans le voisinage chercher un médecin qui prescrivit, avec le repos, des lavements astringents, des applications froides et de l'opium à l'intérieur ; mais, sans réussir à cacher ses appréhensions, il sollicitait le concours d'un confrère. Prévenu par les commémoratif, en l'absence de tout symptôme et de tout signe physique, je diagnostiquai encore une *hémorrhagie intestinale hystérique*. Je proposai donc une potion bromurée à ajouter au traitement établi et conseillai les douches après la fin des accidents. Mes conseils ont été écoutés et, là encore, une prompte guérison vint confirmer le diagnostic porté.

Obs. IV. — Le cas le plus récent se rapporte à une jeune fille de 22 ans qui me fut adressée par son médecin, un honorable confrère des Ardennes. Cette malade, qui avait, du reste, toutes les apparences d'une florissante santé, était affligée, depuis deux ans, d'une paraplégie complète avec prédominance du côté droit ; elle ne pouvait faire un pas seule et ne sortait que traînée dans une voiture. Les muscles des membres inférieurs n'étaient d'ailleurs pas atrophiés et conservaient intactes leurs diverses sensibilités : les réflexes du genou étaient normaux, mais les réflexes plantaires étaient quelque peu exagérés. Le bras droit présentait, dans toute la région deltoïdienne, une hyperesthésie intense

qui avait même fait penser à l'existence d'un rhumatisme aigu de l'épaule, tandis que l'avant-bras gauche était, dans la région antéro-interne, le siège d'une insensibilité absolue à la piqûre d'une épingle, avec retards marqués dans la perception du froid ou de la chaleur. Les sphincters ne présentaient rien de particulier et la menstruation avait toujours été régulière. Mon examen ne me permettant point de partager l'avis du confrère qui m'adressait la malade et qui m'annonçait « une myélite probable », je fis appeler le prof. Raymond qui se rangea sans hésiter à mon diagnostic de *paraplégie hystérique pure*. Nous établîmes, en conséquence, d'un commun accord, le traitement ordinaire en pareil cas : électricité, massages, hydrothérapie et toniques. Mais dès le soir même, une dépêche me rappelait près de la malade qui venait d'être prise d'une hémorrhagie subite par l'orifice anal. A mon arrivée près de la malade, je cherchai quelle pouvait être l'origine de cette hémorrhagie et, à l'exclusion de toute autre cause plausible, il m'a bien fallu voir dans cet accident une nouvelle manifestation de l'hystérie. L'écoulement sanguin n'était du reste pas bien abondant et la médication par les applications froides sur le ventre, les lavements astringents et le bromure avaient fait cesser, dès le matin, cet étrange syndrôme qui ne reparut plus durant les trois mois passés pendant lesquels la malade séjourna dans mon service, avant de s'en retourner, parfaitement guérie du reste de sa paraplégie.

Voilà donc quatre observations dans lesquelles une hémorrhagie intestinale s'est déclarée, ou bien comme syndrôme unique, prédominant, ou bien comme symptôme occasionnel, secondaire de l'hystérie. Le fait nous paraît indéniable, et nous voyons que, pour se produire, cet accident n'a pas toujours besoin des stigmates neurasthéniques qui l'accompagnent et le contrôlent. Il peut constituer, en effet, ainsi que le démontre notre première observation, la seule manifestation réelle et évidente d'une *hystérie monosymptomatique*. Il acquiert alors, dans ces cas exceptionnels, une importance de la plus haute valeur, puisque de lui dépendent les éléments du diagnostic à poser et du traitement à établir.

Symptomatologie. — Au reste, qu'elle existe seule ou qu'elle soit accompagnée des symptômes ordinaires à l'hystérie, cette hémorrhagie nous a paru avoir toujours les mêmes caractères et la même évolution clinique. Après une émotion violente, une grande secousse morale, sans autre signe prémonitoire qu'un sentiment de malaise vague, surviennent de violentes douleurs dans l'abdomen, les lombes et le rachis; ces douleurs s'accompagnent presque toujours d'une hyperesthésie intense avec tympanisme du ventre, avec ou sans état nauséeux, mais coïncidant, dans la généralité des cas, avec un sentiment de constriction du creux de l'estomac au haut du sternum. En même temps, la malade se « sent mouillée », et l'on peut constater l'existence, par l'orifice anal, d'un écoulement peu abondant mais continu d'un sang bien liquide, non mêlé à des matières coagulées, d'une couleur rouge clair comme le sang artériel et sans odeur fécaloïde caractéristique. Cet écoulement, dont il est difficile d'apprécier exactement l'étendue, n'a jamais duré plus de vingt-quatre ou trente-six heures, dans les cas observés et traités par nous. Au reste, il est à remarquer que nous n'avons jamais vu ces accidents récidiver chez nos malades, ainsi que l'exigerait la loi de l'hystérie où, suivant l'expression de Gilles de la Tourette, « les manifestations semblent toujours se couler dans un même moule chez le même sujet ».

Le *diagnostic* de ces étranges hémorrhagies intestinales sera souvent difficile et toujours délicat. Lorsque les accidents surviendront chez une hystérique avérée, en puissance de stigmates, les commémoratifs et l'examen clinique rendront la tâche particulièrement commode, il suffira d'être prévenu de la possibilité de pareils accidents chez les névropathes. Mais quand, au contraire les accidents de cette nature se produiront comme unique manifestation d'une hystérie latente et méconnue jusque-là, l'erreur sera plus difficilement évitée. Et cependant, lorsqu'on sera en face d'une hémorrhagie intestinale sans cause connue, sans lésion précise qui l'explique, il faudra songer à l'étiologie nerveuse possible, et il est bien rare que la vraie raison d'être de cet accident ne se trouve point de ce côté! Les commémoratifs, l'étude des antécédents, l'examen attentif de la sensibilité générale et spéciale du sujet, la recherche des zones hyperesthésiées dans les régions ovariennes, précordiales, fessières ou autres, la constatation d'une différence, si légère soit-elle, entre les sensations perçues des deux côtés. l'existence parfois de dyschromatopsie et de rétrécissement du champ visuel, l'abolition du réflexe pharyngé sont autant de témoignages qu'il faudra invoquer, et il est rare qu'un d'entre eux au moins ne vienne pas apporter son appui à l'observateur sagace et attentif. L'existence d'un seul de ces signes chez un sujet atteint d'hémorrhagie intestinale brusque, sans fièvre, sans phénomènes généraux graves, suffira pour donner au syndrôme sa véritable signification et son origine réelle.

Le *traitement* doit nécessairement s'inspirer de la notion causale. Ce ne seront plus alors seulement les lavements astringents, les applications froides ordinaires qui, avec les préparations opiacées à l'intérieur forment la thérapeutique habituelle des hémorrhagies intestinales. Sans doute, ces moyens ne sont pas à dédaigner, mais nous avons des raisons de croire que la durée des accidents serait bien plus longue si l'on n'y joignait, dès le début, l'action spéciale des antinervins en général, et du bromure, en particulier. Grâce à cette médication simple et rationnelle, nous avons toujours vu se produire rapidement, dans l'état

de nos malades, une amélioration suivie bientôt d'une guérison complète et durable.

Physiologie pathologique. — Il nous reste, pour terminer cette étude, à donner ou tout au moins à proposer une explication physiologique des « hémorrhagies intestinales hystériques ». Faudra-t-il leur supposer une pathogénie spéciale ? Convient-il d'y voir un processus différent de celui qui est admis pour les autres hémorrhagies de même nature ? Nous ne le pensons pas, car nous ne leur trouvons, au point de vue clinique, aucune particularité spéciale qui les distingue des autres hémorrhagies neuropathiques avec lesquelles elles ont un indéniable caractère de famille. Il ne faut donc y voir, comme dans les hémorrhagies congénères, que des accidents résultant de troubles trophiques d'origine vaso-motrice, troubles trophiques qui peuvent commencer, chez les hystériques, par la simple rougeur des téguments pour se terminer quelquefois par la gangrène en passant ou non par l'œdème. Entre la phase primitive et la phase terminale, il peut s'en placer une autre dans laquelle le processus peut s'expliquer de la façon suivante : « Il est des sujets, dit Renaut, chez qui une raie tracée avec l'ongle ou avec la pointe d'une allumette détermine un œdème si intense au point touché que la diapedèse énorme qui en résulte donne lieu à une hémorrhagie élective. » C'est ainsi que doivent se comprendre les ecchymoses et les hémorrhagies de la peau, les sueurs de sang des hystériques. Mais ces ecchymoses et hémorrhagies de la peau — phénomènes cutanés vaso-moteurs — ne peuvent-ils pas coexister, ou non, chez le même sujet, avec des hémorrhagies vraies, fluentes, profondes des muqueuses, accidents qui ne seraient que des degrés, des étapes plus anciennes d'un même processus ? C'est à cette disposition particulière des hystériques aux hémorrhagies — disposition inhérente à leur substance même — que Gilles de la Tourette (1) a donné le nom de *diathèse vaso-motrice*. La part prise, au cours de l'hystérie, sous l'influence de cette diathèse, par le système vasculaire et plus directement par les nerfs vaso-moteurs est prépondérante. On sait combien y sont fréquents l'accélération ou le ralentissement des mouvements du cœur, l'intermittence, l'irrégularité des contractions du myocarde, les palpitations, etc., tous désordres attribués, suivant les cas, soit à un processus infectieux et toxique, soit simplement à un « schock » s'exerçant d'abord sur les centres nerveux mais atteignant toujours, quelle qu'en soit la cause, la substance même des nerfs vaso-moteurs. Ainsi se trouvent déterminées des congestions ou des ischémies localisées entraînant à leur suite des troubles plus ou moins permanents ou plus ou moins fugaces dans la région frappée, quel qu'en soit le mécanisme, d'insuffisance ou d'excès circulatoires. Cette diathèse vaso-motrice, tout aussi réelle que la diathèse des contractures, bien que moins prête à se manifester, nous paraît expliquer à merveille comment, sous l'influence d'une secousse nerveuse, d'une vive émotion ou d'une forte contrariété il puisse se produire, chez un sujet neuropathique, de ces troubles qui ont pour effet, de déterminer, tantôt un mouvement fluxionnaire du côté de la peau, amenant ces hémorrhagies cutanées absolument étrangères à l'hémophilie et au traumatisme, comme le soutenait faussement Magnus Huss, tantôt cette hyperémie intense à la surface des muqueuses donnant lieu, selon les cas et suivant les épithéliums atteints, soit à des épistaxis, soit à des hémoptysies, soit à des gastrorrhagies, soit à des hématuries, soit enfin aux hémorrhagies intestinales qui nous occupent. Il y a là une preuve nouvelle du manque d'équilibre toujours constaté dans l'hystérie entre les divers éléments du groupe médullaire qui préside à l'exécution des actes coordonnés d'habitude pour l'accomplissement de chaque fonction.

La diathèse vaso-motrice une fois admise pour expliquer la pathogénie des hémorrhagies intestinales chez les hystériques, il serait intéressant de déterminer la loi qui régit la localisation de ces troubles trophiques vaso-moteurs dans la grande névrose. Les documents nous font défaut pour un semblable travail. Tout ce que nous pourrions dire sur cette question c'est que les troubles vaso-moteurs à la surface des muqueuses nous semblent devoir affecter de préférence les régions dont l'épithelium constitue la *pars minoris resistantiæ*, soit en vertu d'une prédisposition spéciale et individuelle, soit par suite de lésion inflammatoire plus ou moins ancienne, entraînant une susceptibilité particulière de l'organe ou une gêne plus ou moins évidente dans son bon fonctionnement.

Conclusions : 1° Les hystériques, par le seul fait de leur état neuropathique, sont prédisposées aux hémorragies intestinales, tout aussi bien qu'aux diverses hémorragies cutanées et aux hémorrhagies des différentes muqueuses : épistaxis, hémoptysies, gastrorrhagies, hématuries.

2° Que la cause occasionnelle soit un « schok » moral ou, comme le veulent certains neuropathologistes, un élément toxique, les hémorrhagies intestinales, comme les autres hémorrhagies muqueuses, de même origine, ne sont que le résultat de troubles vasculo-nerveux, provoqués chez des sujets prédisposés à ce genre d'accidents, en vertu d'un état diathésique particulier désigné sous le nom de « diathèse vaso-motrice ».

3° Les hémorrhagies intestinales hystériques sont le plus souvent accompagnées, chez un même sujet, des symptômes divers et des stigmates variés habituels à la grande névrose, mais elles peuvent également, dans des cas exceptionnels, apparaître seules et constituer ainsi le syndrôme unique d'une *hystérie mono-symptomatique* latente et méconnue jusque-là.

4° Les hémorrhagies intestinales hystériques, aussi

(1) De *hystérie paroxystique*. Paris, 1896.

bien du reste que les autres accidents ou troubles ordinaires de la névrose, sont justiciables du traitement antinervin habituellement dirigé contre la maladie elle-même, dont elles ne sont d'ailleurs qu'une manifestation plus étrange, plus rare, et plus inattendue que celles décrites avant cette étude.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu en 1897, par PIERRE DELBET. — G. Steinheil édit., Paris.

La clinique, de notre temps, semble aussi perdre nombre d'adeptes et le laboratoire séduit tous les auteurs. Ce n'est donc qu'à coup de microbes que l'on produit les livres actuellement et ne pas avoir fait quelque culture avant de prendre la plume, paraît à beaucoup une inutilité flagrante. C'est donc avec un certain étonnement joyeux que nous avons ouvert le livre que vient de faire paraître M. Pierre Delbet, qui répond à son titre et traite bien réellement de clinique. Ce sont, dit l'auteur, des leçons consacrées à l'expérience de faits nouveaux et à la défense d'idées personnelles. Elles n'en ont que plus de saveur. Car nous retrouvons à la lecture l'esprit chercheur et consciencieux de M. P. Delbet. Il n'avance rien qu'il n'ait examiné. Les idées toutes personnelles qu'il émet sont toutes inspirées par les faits d'abord, puis éclairés par des recherches patientes et soigneusement répétées. Je n'en veux pour preuve qu'une des leçons d'apparence modeste, cachée au milieu de son livre, et intitulée *Carpus curvus*. Il y a là tout un travail de l'esprit, ayant comme point de départ une déformation du corps auprès de laquelle beaucoup auraient laissé passer leur attention. Par des recherches sur le cadavre, dans les musées et dans les livres, M. Delbet arrive à donner l'exacte origine de ces déformations, la descriptions des lésions osseuses et articulaires, l'explication des troubles fonctionnels qui en résultent et enfin, chose importante pour le patient, le traitement rationnel qui peut rendre deux membres utiles pour remplacer les infirmités antérieures, et nous voyons en quelques lignes la question résumée : Le *Carpus curvus* est dû à une intervention anormale du radius, le scaphoïde et le semi-lunaire ne sont ni luxés, ni subluxés. Ils n'ont pas perdu leurs rapports normaux avec la surface articulaire radiale. C'est cette surface qui a changé de situation et d'orientation ; la luxation cubito-pyramidale est secondaire : on peut même, dans les cas très avancés, obtenir une correction satisfaisante par l'ostéotomie de l'extrémité inférieure du radius. Et toutes les leçons sont ainsi, claires et résumées en quelques lignes. Citerai-je la leçon sur l'uranoplastie, celles sur les complications des otites moyennes — une étude très poussée sur un kyste congénital thyro-hyoïdien, l'utilité d'un diagnostic précoce du mal de Pott — je veux cependant donner une mention particulière au grand sujet à l'ordre du jour de la chirurgie actuelle, qui semble n'être plus qu'abdominale. M. Delbet rapporte les deux observations d'occlusion intestinale par torsion de la totalité de l'intestin grêle et de son mésentère; ce sont celles qui ont entraîné la Société de chirurgie dans une discussion prolongée et parfois intéressante.

Je signale aussi les cliniques sur le traitement des kystes hydatiques de l'abdomen où nous voyons juger les méthodes avec une impartialité que nous ne saurions trop louer. Les malades qui pourraient aux yeux moins clairvoyants que ceux de M. Delbet passer pour guéris, sont suivis longtemps et nous voyons les résultats véritables et moins bons que ne le feraient croire bien des statistiques. Presque tous les malades traités par l'ouverture, l'ablation de la membrane proligène, et marsupialisés ont gardé une fistule et presque tous sont morts plus ou moins tardivement. Aussi M. Delbet a-t-il préconisé son procédé par capitonnage complet de la poche avec suture sans drainage. Ce fut le sujet d'une communication à l'Académie. Cinq cas de kystes hydatiques de l'abdomen furent traités et guéris. De ces cinq cas, trois sont assez anciens pour qu'on puisse les regarder comme définitivement guéris.

Le livre se termine par deux leçons très sages sur le traitement des appendicites. M. Delbet admet la guérison spontanée possible ; il n'intervient pas hâtivement et il se contente d'ouvrir la collection purulente dans bien des cas. Décidément c'est un esprit sage et il sera très utile de lire son livre. Beaucoup y apprendaient ce qu'ils croient savoir. M. Delbet nous disait que la forme de son livre, que des leçons cliniques plaisaient peu aux lecteurs, que des sujets différents étaient moins goûtés de celui qui veut étudier. Il a tort, je crois, et il se donne tout à fait tort avec le livre qu'il vient de faire, qui plaira à tous ceux qui le liront et intéressera tous ceux qui y puiseront de bons et sages principes. F. VERCHÈRE.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 21 novembre 1898. — Présidence de M. WOLF.

Caractérisation du sucre de l'urine des diabétiques. — M. LE GOFF. — Nous pouvons dire, d'après l'ensemble de nos constatations, que le sucre de l'urine est bien le glucose *d*.

L'existence de ce sucre dans les urines diabétiques et dans le sang est probablement le cas le plus général ; cependant, dans ces dernières années, on a publié des observations de pentosurie, lévulosurie, lactosurie, et nous-même avons eu occasion d'étudier une urine qui présentait certaines réactions nous permettant d'affirmer qu'elle renfermait du lévulose. En réalité, le phénomène de l'élimination des hydrates de carbone est très complexe et nous avons l'intention de poursuivre nos recherches dans cette voie. La détermination de la nature exacte de sucre qui, en chaque cas, passe dans les urines est, en effet, d'une im-

portance capitale pour le médecin qui doit instituer le régime alimentaire du malade.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 novembre 1898. — Présidence de M. Jaccoud

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. le D Narich, de Smyrne, candidat au titre de correspondant étranger ; 2° un pli cacheté déposé par M. le Dr Ferré, de Pau (accepté) ; 3° une lettre de M. le professeur Garnier, de Lille, candidat au titre de correspondant national dans la première division.

Séance publique unnuelle : M. le Président annonce que la séance annuelle aura lieu le 13 décembre.

Influence de la résection du sympathique cervical sur l'épilepsie. — M. Laborde présente un cobaye rendu épileptique par une hémisection de la moelle et chez lequel les crises continuent malgré l'ablation des trois ganglions cervicaux du grand sympathique du même côté. L'opération a été faite il y a un mois. Ce cobaye présente en outre de la rétraction du globe oculaire, du myosis et du ptosis du côté opéré.

Rapport de prix. — M. Guyon lit un rapport sur les travaux envoyés pour le concours du prix Tremblay.

Eaux minérales. — M. Henriot lit un rapport sur des demandes en autorisation d'exploiter des sources minérales.

Traitement des anévrysmes par les injections sous-cutanées de sérum gélatineux. — M. Lancereaux. M. Laborde, dans la dernière séance, a reproduit sous une forme nouvelle les objections qu'il avait déjà faites à ce mode de traitement. M. Laborde dit que la gélatine n'est pas dialysabie, ce que personne ne songe à contester ; mais la sérosité renferme une notable proportion d'albumine qui n'est pas non plus dialysable et cependant les injections de sérum ont une influence manifeste, et d'autre part les tuméfactions causées par ces injections disparaissent en quelques heures.

M. Laborde invoque un travail présenté par MM. Camus et Gley qui ont repris une expérience de M. Lancereaux et sont arrivés à des conclusions contradictoires. Dans nos expériences les injections de sérum gélatineux dans le péritoine augmentent la coagulabilité du sang ; MM. Camus et Gley ont trouvé un résidu, mais ce résidu n'est pas formé uniquement de gélatine, c'est le résidu habituel du sérum, la gélatine ne se dépose pas non plus en totalité sur les parois de la séreuse péritonéale ; sur 2 gr. 50 de gélatine injectée, on ne retrouve plus que 0 gr. 34 de gélatine. Quand M. Laborde dit qu'il ne s'est pas absorbé une parcelle de gélatine, pas même par les voies lymphatiques, cette affirmation est donc erronnée.

M. Laborde. Nous avons répété ces expériences, l'essentiel c'est qu'on retrouve une bonne partie de la gélatine injectée. En principe physiologique, une substance qui n'est pas dialysable n'est pas absorbable, mais elle peut le devenir ; il y a une véritable peptonisation de la gélatine, à la suite de laquelle se fait à la longue l'absorption de la gélatine, mais ce n'est plus alors de la gélatine, c'est une peptone. On ne s'improvise pas expérimentateur sous peine de commettre de grosses erreurs. Dans ces cas il faut mettre la gélatine au contact même du sang.

A 4 heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 novembre 1898. — Présidence de M. Sevestre.

Gastro-entérite infantile. — M. Marfan. M. Lesage considérait, dans son article du *Traité des maladies de l'enfance*, la gastro-entérite comme étant d'origine ectogène ; aujourd'hui il la considère comme étant d'origine endogène et pour ce, il s'appuie sur l'existence de la gastro-entérite chez des enfants nourris avec du lait aseptique. Il est difficile d'affirmer que le lait est aseptique, il peut y avoir un seul biberon sur dix qui soit septique, ce peut être le lait de la veille qui a produit une action nocive. L'enfant peut de diverses manières, introduire dans sa bouche des éléments septiques.

Je crois, avec M. Lesage, que le choléra infantile peut se produire chez des enfants nourris au lait stérilisé. Je crois que la maladie est alors due à l'existence d'une toxine produite entre le moment de la traite et le moment de la stérilisation. M. Lesage n'a pas trouvé de toxine : j'ai fait aussi des expérienees pour en chercher et n'en ai pas ordinairement trouvé. Cependant j'ai fait recueillir aseptiquement du lait dans une vacherie, les ballons étaient stérilisés antérieurement, puis bouchés à l'ouate stérile. On les laissait douze, vingt-quatre, quarante-heures avant de les stériliser : dans quelques cas, l'injection du lait stérilisé après quarante heures a tué les animaux.

M. Lesage. Dans l'article auquel M. Marfan fait allusion, j'ai visé surtout les enfants nourris au lait ordinaire, septique. Ici il s'agit d'enfants nourris au lait stérilisé et je crois à l'origine endogène de la gastro-entérite.

M. Marfan croit que des enfants peuvent s'infecter l'intestin en suçant leurs doigts : c'est possible, mais la preuve n'est pas faite.

Spondylose. — M. Milian. Je présente deux hommes, atteints d'ankylose vertébrale, l'un âgé de 48 ans, l'autre de 43 ans.

Chez tous deux l'ankylose immobilise la tête en une position telle que le menton vient presque toucher le sternum, et que le malade est condamné à regarder perpétuellement son abdomen. Il y a, de plus, aplatissement du thorax dans le sens antéro-postérieur avec atrophie de ses muscles et ankylose de ses petites articulations. Il en résulte que le type respiratoire est devenu abdominal.

Le premier malade est dans l'impossibilité absolue de se tenir debout : il y a, de plus, hypertrophie uniforme, mais considérable, de tout le squelette, sauf de la tête, des mains et des orteils. Pas de troubles accentués du système nerveux ni des autres appareils ; anémie très marquée sans éléments figurés anormaux. Pas d'altérations des articulations des membres.

Ce malade reproduit assez bien le type de la maladie décrite récemment par M. Pierre Marie sous le nom de « spondylose rhizomélique ». Mais, ici, l'ankylose des racines des membres n'est qu'apparente et l'hypertrophie osseuse n'a pas été signalée dans l'observation de M. Marie. Il ne s'agit pas non plus d'acromégalie. A cause de l'hypertrophie osseuse générale, l'auteur pense qu'il s'agit d'une maladie de Paget.

Le deuxième malade peut encore se tenir debout. La colonne vertébrale et le thorax sont seuls atteints. Etant donné le tempérament migraineux du sujet, sa légère obé-

sité, une hydarthrose antérieure, les craquements qu'on observe dans les autres articulations, il pourrait peut-être s'agir de rhumatisme chronique, quoiqu'il n'y ait pas de déformations des doigts ui des orteils. Le sang de ce malade ne présente pas d'altérations notables (Dominici).

Iodisme. — M. Danlos. Un malade de cinquante ans, légèrement artério-scléreux, ayant éprouvé quelques fourmillements dans le bras gauche, accompagnés de douleurs légères dans le côté de la tête, fut soumis à l'iodure de potassium. Il en prit un premier jour 50 centigr., le lendemain 1 gramme, le surlendemain 50 centigr. Dès le lendemain de la première prise, il sentit son cou se gonfler. Le troisième jour la région sus-hyoïdienne, très tuméfiée, avait absolument l'apparence qu'elle aurait prise en cas d'oreillons limités aux glandes sous-maxillaires. La suppression de l'iodure amena celle du gonflement. Deux fois, à huit jours de distance, la reprise du médicament détermina de nouveau la tuméfaction des glandes sous-maxillaires, mais à un degré beaucoup moins prononcé que la première fois.

Un second malade, variqueux, ancien syphilitique, fut mis pour la première fois, en septembre dernier, à l'usage de l'iodure à la dose de 3 grammes par jour. Huit à dix jours après, il ressentit des démangeaisons très vives et vit se développer une éruption érythémato-bulleuse disséminée. Malgré la suppression de l'iodure, le prurit resta très violent et les poussées érythémato-bulleuses continuèrent à se produire pendant plus de six semaines. Ce temps écoulé, soit spontanément, soit sous l'influence de l'arséniate de soude, elles s'espacèrent, diminuèrent et finirent par disparaître complètement.

Cette persistance des poussées éruptives sépare ce fait des cas d'érythème polymorphe d'origine iodurée et le rattache à la dermatite herpétiforme aiguë.

Infection pneumococcique généralisée. — MM. Duflocq et Lejonne rapportent une observation de pneumonie remarquable par la multiplicité des déterminations pneumococciques, dans le poumon lui-même, qui a présenté neuf foyers successifs de pneumonie et de congestion pulmonaire, puis dans le reste de l'organisme où l'on put, pendant la vie et après la mort, découvrir cinq localisations pneumococciques extra-pulmonaires, à savoir une arthrite suppurée de l'épaule gauche, un abcès prélaryngien, un engorgement des ganglions inguinaux et cruraux, une psoïte suppurée et enfin une méningite terminale.

Dans ces divers foyers, les auteurs ont constaté la présence de nombreux pneumocoques sous le triple contrôle de l'examen direct, des cultures et de l'inoculation à la souris.

M. Duflocq a pu déceler, par les cultures et l'inoculation à la souris, la présence du pneumocoque dans le sang puisé dans une veine du pli du coude pendant la vie du malade. C'est la deuxième fois qu'il constate par la même méthode la présence du pneumocoque dans le sang pendant la vie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 novembre 1898. — Présidence de M. Jullien.

La séance est ouverte à 4 h. 1/2. Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels; brochure de M. le Dr Ogilvie, de Londres sur *la syphilis dans l'armée anglaise au Portugal en 1812 et aux Indes en 1896*. M. Buret est chargé d'analyser ce travail. — Lettre circulaire du ministère de l'Instruction publique, nous envoyant un questionnaire relativement à l'Exposition de 1900, à laquelle la Société doit prendre part.

Aucune correspondance manuscrite.

M. Rougon attire l'attention de la Société sur l'état de désordre et d'encombrement de nos Archives ; les volumes sont entassés dans un réduit où deux personnes peuvent à peine se mouvoir : il émet le vœu que la Société fasse les dépenses nécessaires — dépenses fort peu importantes — pour installer les volumes dans un local suffisamment spacieux et avec des rayons où ils puissent être rangés et consultés facilement.

M. le président répond que les mesures nécessaires seront prises dans ce sens.

Le dernier catalogue s'arrêtant à l'année 1896, plusieurs membres insistent sur la nécessité de le poursuivre jusqu'à 1899 et de le tenir à jour.

M. Buret s'associe d'autant mieux à l'idée émise par M. Rougon qu'il avait l'intention de l'exprimer un jour : il est évident que, dans l'état actuel, il est presque matériellement impossible de faire une recherche utile dans les bulletins de la Société. Il y a là un certain nombre d'ouvrages que l'on pourrait consulter et dont on ignore l'existence ; c'est comme s'ils n'existaient pas. M. Pellier se retirant, le secrétaire général se met à la disposition du nouvel archiviste pour ce travail de classement. Ayant une certaine habitude des bibliothèques et de la bibliographie, il s'entendra avec son collègue pour constituer un système de fiches et continuer la rédaction du catalogue.

Rapport sur la candidature de M. le Dr G. Nicolich. — M. Guépin lit son rapport sur les travaux de M. Nicolich (de Trieste), candidat au titre de Membre correspondant étranger.

M. le Dr G. Nicolich, médecin et chirurgien en chef de l'hôpital civil de Trieste, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant étranger, nous a fait parvenir un travail intitulé : « *Contribution au traitement de l'hypertrophie prostatique* ». (*Sera publié.*)

« Le chirurgien appelé à traiter un malade atteint d'hy-« pertrophie prostatique, se trouve aujourd'hui — dit notre « confrère —, dans une position bien difficile » pour choisir parmi les nombreux traitements proposés celui qui conviendra le mieux aux circonstances. Un des premiers en Autriche (octobre 1895), il pratiqua la vasectomie. Les résultats en furent excellents au début, mais beaucoup moins encourageants par la suite; peut-être parce que, sans dénier toute valeur à cette opération, nous n'en connaissons pas encore les indications précises.

L'examen cystoscopique révèlant l'existence de saillies prostatiques autour du col vésical est en faveur de l'opération de Bottini. Imaginée depuis plus de vingt ans, défendue en France dès son origine par M. Jullien, jusqu'en 1890 elle ne rencontra que peu d'adeptes. En revanche, aujourd'hui, pour ne citer que quelques noms, M. Freudenberg à Berlin, M. Rochet à Lyon et M. Nicolich à Trieste, s'en montrent partisans convaincus.

Notre confrère a opéré par ce procédé cinq malades, chez qui la rétention d'urine absolue datait de quelques semaines à dix-huit mois. Il a obtenu — nous dit-il — trois gué-

risons et deux améliorations, ces dernières pouvant être attribuées, partiellement au moins, à l'usage de la sonde à demeure. Le cas le plus intéressant est celui d'un homme de 74 ans qui, en 1896, était atteint de dysurie et de rétention incomplète depuis plusieurs années. On lui fit la vasectomie sans aucun résultat. En février 1897, M. Nicolich lui broya un calcul phosphatique ; le malade se sondait alors huit fois par jour. En août 1898, il revint à l'hôpital, obligé de se sonder toutes les heures. La prostate était très grosse et dure, le lobe gauche surtout dur comme un calcul ou un cancer. Le cystoscope décela un lobe moyen de la prostate saillant dans la vessie. Opération de Bottini ; trois incisions de deux centimètres de profondeur, une en bas et deux latérales. La sonde à demeure fut mise en place pendant vingt-quatre heures. Pas d'hémorrhagie, ni de fièvre. Le lendemain, pour la première fois depuis dix-huit mois, le malade urina 200 grammes. Une semaine après l'opération, les mictions se firent toutes les deux heures et sans aucune urine résiduelle.

M. Nicolich reconnaît qu'un tel succès ne prouve point que l'opération de Bottini soit à conseiller contre les prostates molles ne faisant point saillie vers le col vésical ; ici, la vasectomie serait plutôt de mise.

Deux points me frappent particulièrement dans ce travail intéressant dont je viens de vous soumettre une brève analyse :

1° L'auteur semble déplorer l'absence d'une doctrine qui guiderait le spécialiste dans le choix de tel ou tel mode de traitement ;

2° Il paraît estimer que l'hypertrophie sénile de la prostate est avant tout justiciable de la chirurgie et, dans certains cas, qu'il ne précise peut être point suffisamment encore à mon gré, de l'opération de Bottini, dont M. Jullien nous démontrait la technique dans une séance précédente.

Je ne saurais me rallier absolument à ces conclusions. Depuis 1894, en particulier, dans une série de communications à l'Académie de médecine, j'ai exposé et développé les détails d'une conception personnelle de l'hypertrophie sénile. L'étiologie et la pathogénie, l'anatomie pathologique et l'évolution, le traitement appuyé sur les résultats d'une modeste expérience de neuf années de pratique spéciale, sont relatés dans des mémoires que contient en germe une étude sur les « Glandes de l'urètre ». Plusieurs auteurs français ou étrangers ont adopté partie de mes idées, en en oubliant peut-être quelquefois la source.

Selon moi et sauf démonstration du contraire, l'hypertrophie prostatique sénile passe par trois phases anatomo-pathologiques. Dans les deux premières, l'élément glandulaire est surtout et presque seul intéressé. La prostatite du vieillard commence par la dilatation des culs-de-sac avec stagnation des sécrétions presque normales : puis, la sclérose périglandulaire progressive et l'infection des sécrétions stagnantes marquent la deuxième période ; à la troisième enfin, les glandes sont étouffées par les productions nouvelles interstitielles : la sclérose prostatique est absolue. Je passe sous silence les complications si nombreuses et à peu près inévitables à partir du début de la deuxième phase ; mais, après un seul examen, il ne faut point parler de la dureté de la prostate, de son volume et de la nature très probable de cette prostatomégalie, parce que les symptômes fonctionnels sont souvent identiques et que tous ces signes se modifient parfois en quelques jours, lorsque disparaît la congestion locale et lorsque certains culs-de-sac se vident de leur contenu stagnant.

L'origine, la nature et l'évolution glandulaire des lésions prostatiques de l'hypertrophie sénile justifieraient peut-être théoriquement (si la prostate malade pouvait être assimilée à la prostate saine), la castration double encore mieux que la vasectomie. Mais par beaucoup de petits moyens associés, aux deux premières périodes, sans mutilation aucune (moyens dont plusieurs sont connus depuis longtemps : la sonde à demeure par exemple), on obtient toujours des améliorations notables et parfois même de véritables guérisons. Celles-ci seraient encore plus nombreuses si l'on attachait à l'ensemble de ces procédés thérapeutiques toute la valeur qu'il me paraît mériter.

A la troisième période (sclérose prostatique totale), il n'est plus de traitement curatif indirect. Et même dans les cas où une saillie prostatique obture ou déforme plus ou moins le col vésical, l'obstacle matériel à la miction volontaire n'est point tout ce qu'il faudrait détruire. La vessie a dégénéré ; des complications ont multiplié les lésions de l'appareil génito-urinaire ; la maladie n'est plus dans la prostate seule et une prostatectomie totale ne guérirait pas le malade.

Au contraire, mais trop rarement, si à ce moment l'obstacle créé par des noyaux de la prostate saillants au pourtour de l'orifice interne de l'urètre paraît seul entretenir l'état morbide, il est juste de songer à faire une prostatectomie partielle. Doit-on pratiquer cette intervention à ciel ouvert ou lui préférer la galvano-caustique ? Je n'ai aucune expérience personnelle de l'opération de Bottini. La conclusion de mes lectures, malgré le plaidoyer instructif de notre confrère de Trieste, sera qu'il faut attendre encore avant de se prononcer catégoriquement sur les avantages comparés de la galvano-caustique et de la section de la prostate à ciel ouvert.

M. Nicolich a publié depuis 1876 un nombre imposant de travaux. Je citerai des communications à l'Académie de médecine, sur le massage (1883), sur la sclérodermie des adultes (1883), sur une tumeur de la vessie (1888), et un mémoire sur le traitement de la syphilis par la méthode de Scarenzio (1895). Les statistiques de l'Hôpital civil de Trieste, dont M. Nicolich dirige la septième division chirurgicale et vénérienne, témoignent de sa grande activité.

La Commission composée de MM. Dubuc, Desnos et A. Guépin, dont j'ai l'honneur d'être rapporteur, apprécie le mérite indiscutable et le caractère scientifique de M. Nicolich et elle vous propose, en conséquence, d'émettre un vote favorable à la demande de ce confrère laborieux et distingué.

M. Guépin conclut à la publication du mémoire de M. Nicolich et à l'admission du candidat.

Les conclusions favorables de ce rapport sont mises aux voix et adoptées. Le vote sur l'admission aura lieu dans la prochaine séance.

M. Jullien, à propos de ce rapport, s'étonne que M. Guépin n'ait pas parlé de la taille vésicale : il fait observer que M. Nicolich n'est pas exclusif et s'inspire des diverses indications cliniques.

M. Mouzon continue la lecture de son travail sur les **Hémorrhagies intestinales hystériques**. (V. ci-dessus, p. 753.)

M. Jullien a vu des hémorrhagies bronchiques se produire sous l'influence de l'hystérie ; une dame lui apporta un jour des crachats mêlés de caillots sanguins : à l'exa-

men histologique; l'on ne trouva pas de bacilles. Cette dame se porte bien maintenant. Dans un autre cas, chez un médecin, une hémorrhagie intestinale abondante avait fait penser à un épithélioma : on trouva l'ouverture de l'artère qui donnait le sang : la compression suffit pour la guérison définitive.

M. Rougon rappelle qu'on observe souvent des épistaxis ou autres hémorrhagies — de celles qu'on appelait autrefois *complémentaires* — qui se produisent sans cause apparente chez des femmes hystériques.

M. Guépin cite une observation qui a une certaine analogie avec celle de M. Jullien. Il s'agit d'un homme de 70 ans, atteint de prostatomégalie, symptomatique d'un néoplasme de la prostate. Ce malade fut pris, au commencement de novembre 1897, d'une hémorrhagie intestinale énorme. Appelé d'urgence auprès de lui, M. Guépin trouva sur la muqueuse rectale, au niveau de la prostate, un vaisseau ulcéré, et non, comme on aurait pu le croire, une propagation à l'intestin du cancer prostatique. Une pince hémostatique fut appliquée sur l'artériole qui donnait le sang et l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite depuis.

M. Christian a observé le cas d'un épileptique qui, après une prière sur la tombe de sa femme, éprouva, sans avoir fait le moindre effort, une envie irrésistible d'uriner. Il urina du sang pur, et en telle quantité, qu'on dut le transporter à Charenton où il était en traitement. Ce malade n'avait jamais eu d'accident du côté de la vessie. L'hémorrhagie se reproduisit pendant quatre jours et s'arrêta. Cet homme vécut encore 18 mois sans que l'hématurie ait reparu. Il eut quelques accès de suffocation durant cette période et finit par succomber à une congestion pulmonaire. L'autopsie n'a pu être faite, la famille du malade s'y étant opposée.

M. Roulin a vu une hémorrhagie utérine résister à tout traitement : M. Dumontpallier, qui vit la malade, conclut à une hémorrhagie nerveuse. Celle-ci céda momentanément pour reparaître ensuite : la malade a été perdue de vue.

M. le Président annonce que, conformément aux statuts, il sera procédé, dans la prochaine séance, au renouvellement du Bureau pour l'année 1899.

L'ordre du jour appelle le vote sur l'élection de deux nouveaux candidats. Ont obtenu :

M. Coudray : 17 voix sur 17 votants.

M. Roulland : 18 voix sur 18 votants.

En conséquence, M. le Dr Coudray est nommé, à l'unanimité, membre titulaire. M. le Dr Roulland (de Niort) est nommé, également à l'unanimité, membre correspondant national.

La séance est levée à 5 h. 30.

Le Secrétaire annuel;
Mouzon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Séance du 12 octobre 1898. — Présidence de M. L. Gouraud.

La séance est ouverte à 8 h. 1/2. Le procès-verbal de la dernière séance est lu par M. Melbec, secrétaire.

A propos du procès-verbal, M. le Président lit une lettre qu'il a reçue du Dr Delisle du Ve arrondissement au sujet des colonies agricoles et du placement des enfants tuberculeux dans les familles à la campagne. L'auteur s'élève avec force contre ce placement qui, bien entendu, ne pourrait avoir lieu que dans les familles pauvres ou à peine aisées, lesquelles comprennent mal et appliqueraient difficilement les mesures prophylactiques et il conclut que ce serait une cause certaine de propagation de la maladie.

A l'appui de sa thèse, M. Delisle cite une observation prise dans son service du bureau de bienfaisance, où, dans une famille de six personnes, une jeune fille contamina trois des siens qui moururent moins d'un an après elle. M. Delisle approuve la création de sanatoria, d'hôpitaux spéciaux, hors des villes, et se montre l'apôtre décidé de l'isolement quand, se servant de l'exemple de la lèpre qu'on est arrivé à éteindre par ce moyen, il se demande si l'on ne devrait pas l'appliquer à la tuberculose. Bien loin de favoriser l'extension du mal, le médecin doit faire tout son possible pour éloigner le tuberculeux des milieux dans lesquels il peut être nuisible. Enfin, il démontre l'impuissance où est actuellement le médecin du bureau de bienfaisance de traiter le tuberculeux à domicile et conclut à la création d'hôpitaux spéciaux *extra-muros*.

Le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

La correspondance comprend : Les brochures et journaux habituels. — Une lettre de remerciements de M. Henri Triboulet, membre titulaire, auquel la Société avait envoyé des félicitations pour sa nomination de médecin des hôpitaux. — Une lettre d'excuses du Dr Paul Richard. — Une lettre de candidature du Dr Bodin (XIXe arrondissement), 35 *bis*, rue de Saint-Quentin. Commission : MM. Fabre, Cange et Bernard, rapporteur).

M. le secrétaire général : Le Bulletin municipal officiel du 31 juillet publie l'arrêté ministériel en date du 22 juillet nommant M. Peyron directeur honoraire de l'administration générale de l'Assistance publique de Paris. — Le Bulletin municipal officiel du 2 août publie l'arrêté de M. le préfet de police, en date du 30 juillet, par lequel M. le Dr Nogué est nommé médecin inspecteur du service de protection des enfants du premier âge et M. le Dr Hennoque médecin inspecteur suppléant. — Le Bulletin municipal officiel du 7 août publie l'arrêté ministériel en date du 22 juin, par lequel M. Landais est nommé médecin honoraire du bureau de bienfaisance du XIe arrondissement de Paris. — Le Bulletin municipal officiel du 9 août publie l'arrêté ministériel en date du 22 juin par lequel M. Raymond Martin est réinvesti dans ses fonctions de médecin de l'assistance médicale dans le VIe arrondissement, pour une période de trois années à partir du 1er janvier 1898. — Le Bulletin municipal officiel du 18 août publie l'arrêté en date du 28 juin 1898, par lequel sont institués médecins de l'assistance médicale des bureaux de bienfaisance de Paris les 16 confrères dont les noms ont été cités à la séance précédente. — Le Bulletin municipal officiel du 13 septembre, publie l'arrêté de M. le préfet de police en date du 9 septembre par lequel M. le Dr Frasey est nommé médecin en chef adjoint du Dispensaire de salubrité. — Le *Journal officiel* du 30 août donne la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur de M. Baudouin de Salles, chef de la division des secours à l'administration de l'Assistance publique. J'ai écrit à M. Baudouin des Salles pour le féliciter de cette distinction si bien méritée.

M. Séailles a obtenu une médaille d'or comme administrateur de Société de secours mutuels. MM. Fissiaux et Dromain une médaille de bronze, comme médecins de So-

ciétés de secours mutuels(*Journal officiel*, du 10 septembre).

Je termine en annonçant la mort de deux de nos membres associés libres : M. Laroche, administrateur honoraire du bureau de bienfaisance du VIII[e] arrondissement qui avait consacré la plus grande partie de son existence à s'occuper des questions d'assistance et qui s'était retiré dans la Creuse, son pays natal, en emportant les regrets de tous ceux qui le voyaient journellement à l'œuvre et des malheureux indigents principalement : c'était un homme de bien ; M. le D[r] Puy le Blanc, médecin aux eaux de Royat, qui assistait quelquefois à nos séances et avait la réputation d'un excellent confrère, estimé de tous ceux qui le connaissaient.

Elections. — M. Kinzelbach donne lecture de son rapport sur la candidature de M. le D[r] Calmeau (XI[e] arrondissement, rue Oberkampf, 99. M. le D[r] Calmeau est élu membre titulaire de la Société à l'unanimité.

M. Dufournier donne lecture de son rapport sur la candidature de M. le D[r] Bonnemaison (XVII[e] arrondissement), rue Mignet, 2. M. le D[r] Bonnemaison est élu membre titulaire de la Société à l'unanimité.

L'ordre du jour appelle ensuite la lecture du rapport de M. H. Gourichon, sur la candidature du D[r] Rolet, médecin suppléant du XII[e] arrondissement, 237, rue de Charenton,

M. Billon, sécrétaire général, rappelle, avant de procéder au vote, qu'à une séance de 1893, M Meugy, appuyé par plusieurs collègues, avait fait établir le principe qu'un médecin suppléant ne pourrait être membre titulaire de la Société et qu'un vote avait été émis en ce sens.

Après discussion, la réunion confirme cette résolution, et en conséquence M. Rolet est nommé à l'unanimité membre associé libre national.

Sur la proposition de M. Billon, M. le D[r] Paul Gallot pose sa candidature de membre associé libre. Après un vote favorable de la Société, M. le D[r] Paul Gallot, médecin consultant à Menton, est nommé membre associé libre.

M. Bois donne lecture de son rapport sur la candidature du D[r] Cange (XI[e] arrondissement), faubourg du Temple, 61 et la Société décide que ce rapport sera imprimé dans ses procès-verbaux :

Notre confrère le D[r] Cange, ancien interne des hôpitaux, reçu docteur en médecine en février 1898, ne s'est installé au 61 de la rue du Faubourg du Temple, qu'après avoir été nommé médecin du bureau de bienfaisance dans le XI[e] arrondissement, à la suite du dernier concours.

Comme travaux scientifiques notre confrère n'a publié que sa thèse qui a pour titre **Des éventrations spontanées et de leur traitement chirurgical**. Ce travail est très intéressant. Permettez-moi, Messieurs, de vous en faire une rapide analyse.

Le D[r] Cange cherche d'abord à donner une définition de ce qu'il faut entendre par le terme d'éventration. Après avoir montré les opinions différentes des auteurs, il propose la définition de M. Quénu, qui réserve le nom *d'éventration vraie ou spontanée* « à l'état de distension, d'élargissement de l'espace fibreux qui sépare les bords internes des deux muscles grands droits de l'abdomen, sans fissure dans ce plan aponévrotique et qui se produit après certains accouchements. » Il élimine ainsi les *pseudo-éventrations* où il y a fissure dans l'aponévrose et par où s'engage le péritoine, créant ainsi de véritables hernies.

Cette affection, d'après la définition qu'il nous donne, est spéciale à la femme, bien qu'on puisse la rencontrer chez l'homme et même chez l'enfant.

L'éventration a été connue de tout temps, mais elle a été confondue souvent avec les hernies ombilicales ou ventrales. C'est J. L. Petit qui a donné le nom d'éventration, qu'il appliquait aux hernies ventrales entendues dans le sens de la définition de M. Quénu. Après des considérations anatomiques et physiologiques fort intéressantes, l'auteur étudie le *mécanisme* et les *causes* de l'éventration.

« La paroi abdominale peut être comparée à une sangle se composant de deux parties d'inégale résistance, la partie latérale musculo-aponévrotique offre toutes les garanties de solidité, la ligne blanche, au contraire, est beaucoup plus faible. Elle cèdera donc d'autant plus volontiers aux causes diverses de distension que sur elle se concentrent toutes les forces physiologiques ».

Mais tous les points de la ligne blanche ne présentent pas le même degré de faiblesse. La partie supérieure ou épigastrique est plus résistante que la partie inférieure. Cependant, d'après Glénard, la partie tout à fait inférieure de la ligne blanche est aussi résistante que la partie supérieure, et la distension physiologique porte surtout sur les deux quarts moyens de cette ligne.

Les causes de l'éventration sont les suivantes : la répétition des grossesses à de courts intervalles, les gros fœtus, les grossesses gémellaires, l'hydramnios, les déformations vertébrales consécutives à la scoliose, au rachitisme, les viciations pelviennes, l'action constrictive du corset qui modifient le développement de la paroi abdominale pendant la grossesse. Dans un second ordre de causes il faut citer les troubles de l'involution utérine, l'infection puerpérale, l'absence de soins hygiéniques après les couches qui retardent l'involution normale de la paroi après l'accouchement.

Enfin l'auteur fait intervenir la question d'*étoffe* montrant que chez certaines femmes il y a une faiblesse particulière, propre à l'individu, dont les tissus sont dans un état d'infériorité physiologique évidente. Les manifestations pathologiques résultant de l'éventration se divisent en symptômes subjectifs et objectifs.

Les *symptômes subjectifs* sont des phénomènes *douloureux* à forme paroxystique, sensation pénible exaspérant la malade, à siège variable (fosses iliaques, abdomen le long du colon, au creux épigastrique, à l'ombilic, du côté du rectum et de la vessie), exagérées par les efforts ; ces douleurs sont calmées par le port d'une bonne ceinture. A côté du phénomène douleur, nous avons les signes de la *dyspepsie gastro-intestinale* (digestions pénibles, flatulences, aigreurs, constipation opiniâtre avec bouffées de chaleur). Enfin le *système nerveux* est ébranlé, l'insomnie, les névralgies, les crises hystériformes ne sont pas rares et finissent par amener chez le malade de l'hypochondrie et de la neurasthénie.

Ces signes subjectifs n'ont rien de caractéristique, il n'en est pas de même des *signes objectifs*, dont le plus important est le suivant :

Si la malade étant couchée, on la fait se relever, s'asseoir sur son séant, il se forme sur la ligne médiane une tumeur allongée verticale, médiane, commençant au niveau de l'appendice xyphoïde et s'arrêtant à quelques centimètres au-dessus de la symphyse pubienne. Elle est due à la sortie des viscères à travers la boutonnière des muscles droits

à chaque inspiration. Quand la femme est debout, le ventre tend à tomber sur les cuisses; la tumeur est toujours médiane, visible et tout effort est impossible.

La palpation permet de se rendre compte du degré de tension de l'abdomen et du degré d'écartement des muscles droits. Dans les cas légers l'écartement est à peine d'un centimètre, mais il peut atteindre 15 centimètres. Il peut être localisé au-dessus et au-dessous de l'ombilic ou occuper toute l'étendue de la ligne blanche. Enfin il y a habituellement relâchement de la paroi abdominale. Il existe d'ailleurs une diminution de l'excitabilité et de la contractilité des muscles du ventre. Le diagnostic de l'éventration est des plus faciles, il porte sur l'existence du diastasis qui n'existe pas chez les dyspeptiques que trastour a appelés « déséquilibrés du ventre ».

L'éventration est facilement distinguée du météorisme de l'ascite, des tumeurs abdominales, des tumeurs fantômes, du prolapsus graisseux de l'abdomen décrit par Guéniot, et du prolapsus pariéto-viscéral décrit par le même auteur. Le diagnostic devra être fait avec la paralysie des muscles abdominaux (Duchenne de Boulogne).

On a souvent remarqué la coexistence avec l'éventration de prolapsus, de ptoses des différents organes de l'abdomen.

Existe-t-il un traitement préventif de l'éventration? Oui. On devra recommander aux femmes enceintes le port du corset de grossesse, l'abstention de fatigues, l'hydrothérapie. Il ne faudra pas négliger les soins hygiéniques pendant les suites de couches, et il sera bon de maintenir le ventre par un bandage approprié.

Une fois l'éventration établie, elle constitue une infirmité incurable, c'est à une opération plastique sur la paroi abdominale qu'il faut recourir, surtout si la femme qui en est atteinte est jeune, appartient à la classe pauvre et a besoin de gagner pour vivre.

Les procédés opératoires que l'on a employés peuvent être rangés dans deux méthodes : la méthode *intrapéritonéale* et la méthode *extrapéritonéale*.

Dans la méthode intrapéritonéale plusieurs procédés ont été appliqués par les chirurgiens (procédés de Maas, Maydl, Le Dentu, Depage et Rouffart de Bruxelles, Demons de Bordeaux, Latorre, Doléris.

D'une façon générale, on fait une résection de l'éventration et on suture par étages les différentes plaies de la paroi.

Le Dr Cange indique un procédé de choix, celui de M. Quénu qui emploie la méthode extrapéritonéale, suivie déjà par Chrobak, Mouratoff, Guilloud.

On peut résumer ce procédé de la manière suivante :

« *a*) Incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané et dissection des deux lambeaux.

b) Recherche, puis ouverture de la gaine des droits.

c) Suture en surjet des deux lèvres internes de la gaine ouverte, en faufilant le plan fibroséreux formé par le péritoine et le feuillet profond de la gaine.

d) Suture des deux muscles droits, décollés de leur gaine et amenés au contact. Utiliser pour cette suture les intersections tendineuses, notamment une qui est constante à la hauteur de la cicatrice ombilicale.

e) Suture en surjet des lèvres externes de la gaine des droits.

f) Suture des plaies cutanées. »

Ce procédé synthétise de la façon la plus heureuse et la mieux réglée les divers perfectionnements apportés jusqu'à ce jour à la restauration de la paroi abdominale.

L'auteur consacre ensuite un chapitre intéressant à « l'écartement congénital de la ligne blanche chez les enfants », affection, ou plutôt défaut de développement, encore peu connu.

Décrite pour la première fois dans un journal américain (1792), elle est signalée par Malgaigne, Nélaton, Berger.

Elle existe chez certains enfants comme une anomalie congénitale, caractérisée par un écartement plus ou moins prononcé des muscles droits de l'abdomen.

Cet écartement se traduit cliniquement tantôt par des phénomènes aigus (coliques), tantôt par des signes de dyspepsie chronique.

Sans gravité pronostique cette affection est justiciable d'un traitement palliatif, bandage en diachylon qui suffira la plupart du temps.

En terminant ce rapport, je vous propose, Messieurs et chers collègues, de nommer à l'unanimité le Dr Cange, qui s'est toujours dévoué pour ses malades et dont l'honorabilité est parfaite, membre de la Société des médecins des Bureaux de bienfaisance de Paris.

Après la lecture de ce rapport, M. le Dr Cange est élu à l'unanimité membre titulaire de la Société.

Prophylaxie des maladies contagieuses et, en particulier, de la tuberculose dans le service des Bureaux de bienfaisance. — La discussion sur le travail de M. Barbillion est remise à la prochaine séance, après que le compte rendu de la séance de juillet, qui contient ce travail, aura été imprimé et envoyé à tous les membres de la Société.

Compte rendu du Congrès de la tuberculose, par M. Séailles, délégué de la Société au Congrès. — Messieurs, la communication présentée au nom de notre Société par mon collègue Dufournier et moi au quatrième Congrès de la tuberculose a été fort bien accueillie. Vous savez les efforts faits par nous pour arriver à l'amélioration du sort des tuberculeux que nous soignons à domicile.

Nos travaux qui datent depuis plus de dix ans ont été largement mis à contribution depuis cette époque, avec de rares mentions d'origine du reste, par tous les auteurs qui se sont occupés de la question.

Tout ce qui a trait, pour ce qui concerne nos services, c'est-à-dire pour le contingent le plus considérable des bataillons de tuberculeux parisiens, tout ce qui a trait à la contagion par l'habitat, la prophylaxie par la désinfection, l'installation des crachoirs, les alimentations spéciales, le placement familial des enfants, avait été largement étudié ici, et c'est le faisceau de ces travaux que nous avons eu à cœur de produire avec leur marque.

Nous pensons y avoir réussi: quoiqu'il en soit, nous avons la satisfaction du service rendu. En somme les Congrès ont leur utilité, puisque le quatrième Congrès de la tuberculose a conclu à la poursuite des mesures prophylactiques contre cette terrible maladie.

Quant à nous, nous continuerons cette lutte contre la tuberculose, avec la conscience de remplir un devoir humanitaire et social.

Du moyen de supprimer le double des ordonnances. — M. L. Gourichon trouve qu'il est abusif que le médecin ait à transcrire son ordonnance en double sur le carnet de visite du malade puisque la loi oblige le pharmacien à transcrire l'ordonnance en totalité sur un registre

ad hoc et il propose de faire une démarche auprès de l'Administration pour nous exonérer de ce surcroît de travail.

M. Malbec appuie cette réclamation et reconnaissant la nécessité de laisser l'ordonnance, écrite par le médecin, entre les mains du malade, propose la création d'un nouveau modèle de carnet, le pharmacien devant être tenu de recopier le texte sur un registre.

M. Séailles objecte que pas plus dans les hôpitaux que dans les Bureaux de bienfaisance les pharmaciens ne sont obligés de recopier l'ordonnance et fait observer que l'Administration nous opposera un refus.

Mais M. Malbec pense que l'Administration qui a bien forcé les médecins à la transcription en double de leurs ordonnances, pourra bien de même contraindre les pharmaciens à la même obligation.

M. L. Gourichon propose l'ordre du jour suivant :

La Société médicale des Bureaux de bienfaisance émet le vœu :

1° Que les médecins des Bureaux de bienfaisance, dans les arrondissements où il existe des pharmacies municipales, soient relevés de l'obligation d'écrire en double les ordonnances sur les carnets des malades.

2° Que les pharmaciens des dispensaires soient tenus de transcrire sur un registre *ad hoc* les ordonnances des médecins des Bureaux de bienfaisance.

Ces deux propositions sont mises aux voix et adoptées :

Nomenclature des médicaments. — M. Malbec s'étonne et se plaint que la nouvelle nomenclature des médicaments ne reçoive pas encore de solution.

M. Gibert, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, dit savoir qu'une commission se réunira en octobre à ce sujet. Cette réponse ne satisfait pas. M. L. Gourichon qui voudrait que, jusqu'à nouvel ordre, nous ayions le droit de prescrire tous les médicaments.

Distribution des bains. — A propos de la distriburion des bains par les médecins des Bureaux de Bienfaisance. M. Dorison donne lecture de la lettre suivante adressée par le secrétaire trésorier de son arrondissement à la surveillante du dispensaire :

BUREAU
de
BIENFAISANCE
—
Mairie
du
VI^e arrondissement

Madame,

Le médecin du dispensaire peut nous signaler les personnes qui ont besoin de passer quelques jours dans les asiles de convalescence : seulement il ne faudrait pas nous en signaler beaucoup, car en principe ces asiles ne sont faits que pour les malades ayant été traités à domicile.

Quant aux bains, le bureau n'en délivre plus ; le rôle du dispensaire consiste donc, à ce point de vue, dans le seul conseil : présentez-vous à la consultation de l'hôpital.

Agréez, Madame, etc.

Signé : Bonnet
Secrétaire Trésorier du Bureau de bienfaisance.

De l'abus des consultations gratuites dans les hôpitaux. — M. G. Weil donne lecture d'une correspondance adressée au journal *Le Temps* en date du 12 octobre 1898. (Voir *France Médicale* n° 41, 14 octobre 1898).

La séance est levée à 11 heures.

Le secrétaire des séances : Dr Pascal.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 novembre 1898. — Présidence de M. Berger.

Traitement du tétanos. — M. Routier apporte un fait de tétanos suite de plaie à la main pour lequel au onzième jour on fit une injection intra-cérébrale et sous-cutanée d'antitoxine. Le malade mourut au bout de 24 heures.

Traitement de la péritonite tuberculeuse. — M. Potherat rapporte trois cas, un jeune homme de 10 ans et deux jeunes filles, chez lesquels on trouvait des symptômes abdominaux peu avancés et qui ne permirent un diagnostic que par exclusion. Le laparotomie montra des granulations, péritonéales généralisées avec une légère quantité d'ascite. L'amélioration se montra progressive et depuis ce temps les malades restent guéris.

M. Broca. Dans le débat actuel, on a parlé d'accidents d'occlusion intestinale que la laparotomie a révélés, dus à de la péritonite tuberculeuse. Dans d'autres cas, j'ai vu l'erreur entre une péritonite tuberculeuse et une appendicite. Enfin, il existe des cas où, dans le doute, on opère cependant et où l'on constate que la prétendue appendicite était une péritonite tuberculeuse.

M. Tuffier. J'avais l'intention de parler de péri-appendicite tuberculeuse. J'ai eu deux cas où la tuberculose était localisée autour de l'appendice et où les symptômes étaient ceux de l'appendicite. Et, en opérant, il n'y avait pas trace de lésion de l'appendice. Dans les deux cas, j'ai opéré à froid ; la première malade a guéri et la seconde également. Je peux citer ces cas comme des faits de péritonite tuberculeuse localisée.

M. Walther. L'examen histologique seul peut faire affirmer le diagnostic de tuberculose, ce qui n'a pas eu lieu pour un des faits de Tuffier et parfois des granulations inflammatoires simples peuvent simuler la tuberculose. J'en ai eu un cas où le fait s'est présenté.

Abcès du cervelet consécutif à une otite suppurée. Intervention. Guérison. — M. Picqué fait un rapport sur une observation envoyée par M. Gaudier (de Lille).

Occlusion intestinale aigue. Laparotomie, guérison. — M. Caillet.

Kyste congénital du corps thyroïde. — M. Isambert.

Corps étrangers des voies respiratoires. — M. Roger (d'Arles).

Deux observations d'incrustation calcaire de l'urèthre, — M. Dupbaz (Genève).

Lithiase vésiculaire. Cholécystotomie idéale. Guérison. — Présentation de la malade par M. Schwartz.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. *Mutations dans les services.* — Par suite de l'ouverture d'un service spécial pour M. Lermoyez à l'hôpital Saint-Antoine et la démission de M. Rigal, les mutations suivantes auront lieu le 25 décembre prochain dans les services de médecine des hôpitaux de Paris :

M. Béclère passe de Tenon à Saint-Antoine ; M. Ménétrier passe de la maison Dubois à Tenon ; M. Vaquez passe de l'Hôtel-Dieu (annexe) à la Maison Dubois ; M. Lacombe passe de Bichat à Beaujon ; M. Talamon passe de Tenon à Bichat ;

M. Duflocq passe de l'hôpital Hérold à Tenon ; et M. Launois passe de Beaujon (consultation) à Hérold.

Hôpitaux de Lyon. — Un concours pour une place de chirurgien s'est terminé par la nomination de M. le Dr Villard.

Droit d'immatriculation. — Le conseil de l'Université de Paris vient de décider que les internes titulaires des hôpitaux seraient dispensés des droits d'immatriculation et de bibliothèque.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Gross, professeur de clinique chirurgicale, est nommé doyen de ladite Faculté pour trois ans.

Ecole de médecine de Clermont. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1898-1899, des fonctions de chefs de travaux :

MM. Bide, suppléant (médecine opératoire) ; — Bruyant, suppléant (histoire naturelle) ; — Billard, chargé de cours (physiologie), en remplacement de M. Bardier, appelé à d'autres fonctions.

Hôpital de la Charité. — M. Maygrier, accoucheur de la Charité, commencera ses leçons le jeudi 1er décembre à dix heures et demie du matin, à l'amphithéâtre Velpeau, et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

Hôpital de la Salpétrière. — M. le professeur Raymond commencera le cours pratique et élémentaire de pathologie nerveuse à la Salpétrière, le lundi 5 décembre 1898. — Ce cours durera six semaines. — Comprenant 40 leçons, il aura lieu tous les jours, de deux heures et demie à trois heures et demie. — Le nombre des élèves est limité à quinze.

Le droit à payer est de 60 francs. — Sont admis les docteurs français et étrangers immatriculés à la Faculté de médecine, ainsi que les étudiants immatriculés.

MM. Gasne, chef de clinique, et Philippe, chef de laboratoire, recevront les inscriptions tous les matins, sur la présentation de la carte d'immatriculation et de la quittance du versement des droits (60 francs).

Hopital Saint-Antoine. — Le Dr Lermoyez, médecin de l'Hopital Saint-Antoine, a repris ses conférences cliniques le mardi 29 novembre, à neuf heures et demie.

Les mardis. — Cours de technique et de séméiologie spéciales,

Les samedis. — Cours de thérapeutique spéciale.

Les lundis. — Petite chirurgie du nez, des oreilles et du larynx.

Les vendredis. — Opération, (cure radicale de l'otorrhée, des sinusites de la face, etc.)

Une nouvelle secte religioso-médicale. — Il y a quelques jours mourait un homme de lettres assez connu dans les pays de langue anglaise comme journaliste et romancier : M. Harold Frédérick. Le médecin envoyé par la municipalité pour le décès ne trouva dans la maison mortuaire qu'une amie du défunt, miss Kate Lyons, qu'il invita à lui fournir des explications sur la marche de la maladie. Cette dame attribua la mort de Harold Frederick à une affection de la poitrine et déclara qu'aucun médecin de la ville n'avait été appelé à lui donner ses soins. Et comme on s'étonnait qu'elle eût ainsi laissé mourir son ami, elle répondit qu'il avait été merveilleusement soigné par Mme Athalie Mills. Comme on ne connaissait aucun docteur de ce nom, le cadavre fut porté chez le coroner, qui réunit un jury et ouvrit une enquête. La première audience de cette instruction vient de se fermer et nous savons au moins maintenant ce qu'est Mme Mills.

A l'appel de son nom, on voit monter dans la *witness box* une dame d'une cinquantaine d'années, maigre comme un vendredi saint, vêtue de noir et dont les traits disparaissent sous un triple voile de crêpe. Après avoir décliné ses nom et prénoms, elle déclare au jury qu'elle appartient à la secte des *christian scientists*, c'est-à-dire à un petit groupe de dames et de messieurs qui se réunissent dans les environs d'Hyde Park, à Londres, et qui professent n'avoir pour toute science que leur foi. Elle a été appelée par miss Kate Lyons au chevet de M. Harold Frederick et elle lui a donné ses soins jusqu'au huitième jour qui a précédé le décès.

— Quels soins ? interroge le magistrat.

— Je lui lisais des passages de la Bible en l'invitant à en pénétrer son esprit ; je l'exhortais à se confier en la toute-puissance du Sauveur et à implorer sincèrement sa guérison.

— Est-ce que ce traitement réussit parfois dans les affections de poitrine ?

— Toujours, quand le malade est illuminé de la grâce.

— Mais lorsqu'il n'en est pas illuminé ?

— Alors le traitement n'opère pas. Autant vaut appeler un médecin ordinaire. Je dois ajouter d'ailleurs que si l'on appelle un médecin ordinaire pendant mon traitement, son effet cesse immédiatement.

— Vous vous croyez donc toute-puissante ?

— Moi ! non. La guérison dépend toujours de la volonté du Sauveur.

— Avez-vous ainsi sauvé des malades ?

— Tellement que je n'en sais pas le nombre.

— Vous vous faites payer ?

— Naturellement, Miss Kate Lyons m'a remboursé mes frais de voyage et m'a donné 12 fr. 50 par jour.

— Et vous n'avez pas sauvé M. Frederick...

— Ce n'est pas ma faute. Il n'avait pas la foi ! Ah ! s'il avait eu la foi !...

La vérité, c'est que Mme Mills, en sa qualité de *christian scientists* s'est fait payer 10 shillings par jour des lectures de morceaux choisis de la Bible, et qu'elle a abandonné M. Harold Frederick au moment où son traitement menaçait de le conduire au tombeau. Le jury a rendu un verdict de mort naturelle, conformément à l'autopsie des médecins experts, et miss Kate Lyons, malgré les conseils du coroner, a refusé de porter plainte contre le *christian scientist*, qui, dit-elle, mérite plus que jamais sa confiance.

La police ne sera peut-être pas de cet avis.

(*Journ. méd. de Bruxelles.*)

XIIIe Congrès international de médecine. — Paris, 2-9 août 1900. — Le Comité exécutif du XIIIe Congrès international de médecine, à la suite de nombreuses réunions, a poussé déjà fort loin les travaux préliminaires du Congrès.

Non seulement les sections ont été définitivement constituées, mais beaucoup de grandes nations étrangères ont déjà formé leurs Comités nationaux, et la plupart des rapporteurs étrangers ont accepté de faire les rapports qui leur ont été proposés.

Enfin, le Comité exécutif, dans sa séance du 15 novembre, présidée par M. le professeur Lannelongue, a définitivement élaboré le Règlement que nous publions ci-après :

Article 1er. — Le XIIIe Congrès international de médecine

s'ouvrira à Paris le 2 août 1900 et sera clos le 9 du même mois. Son but est exclusivement scientifique.

Art. 2. — Seront membres du Congrès :

1° Les docteurs en médecine qui en feront la demande.

2° Les savants qui seront présentés par le Comité exécutif français ou par les Comités nationaux étrangers.

Art. 3. — Tout membre du Congrès recevra sa carte d'admission après avoir fait parvenir un versement de 25 francs au trésorier général du Congrès. Cette carte sera nécessaire pour pouvoir profiter des avantages faits aux membres du Congrès.

Les Comités étrangers peuvent recevoir les adhésions de leurs nationaux ; ils en transmettront les cotisations au Secrétariat général français qui leur enverra immédiatement un nombre de cartes égal à celui des cotisations transmises au secrétariat général.

Art. 4. — En faisant parvenir leur cotisation au trésorier, les membres du Congrès devront indiquer lisiblement leurs noms, qualités et adresse, et joindre leur carte de visite.

Art. 5. — En dehors des autres avantages, chaque membre du Congrès aura droit à un résumé de tous les travaux du Congrès et aux travaux imprimés de la section dont il fait partie.

Art. 6 — Les sections du Congrès sont les suivantes :

1° *Sciences biologiques.*

a. Anatomie descriptive et comparée.
b. Histologie ; embryologie et tératologie.
c. Physiologie ; physique et chimie biologiques.
d. Anthropologie.

2° *Médecine.*

a. Pathologie générale et pathologie expérimentale.
b. Bactériologie ; parasitologie.
c. Anatomie pathologique.
d. Pathologie interne.
e. Hygiène et pathologie médicale de l'enfance.
f. Thérapeutique et pharmacologie.
g. Neuropathologie.
h. Psychiatrie.
i. Dermatologie et syphiligraphie.

3° *Chirurgie.*

a. Chirurgie générale.
b. Chirurgie de l'enfance.
c. Chirurgie urinaire.
d. Ophtalmologie.
e. Laryngologie, rhinologie.
f. Otologie.

4° *Obstétrique et gynécologique.*

a. Obstétrique.
b. Gynécologie.

5° *Médecine publique.*

a. Hygiène, médecine sanitaire et épidémiologie.
b. Médecine légale.
c. Médecine et chirurgie militaires. Médecine navale. Médecine coloniale.

Art. 7. — Un comité exécutif et une commission générale d'organisation sont chargés de la préparation et du fonctionnement du Congrès.

Art. 8. — Le Congrès tiendra séance chaque jour, soit en Assemblées générales, sait en réunions de sections.

Art. 9. — Deux Assemblées générales auront lieu : l'une le jour de l'ouverture du Congrès, l'autre un des jours ultérieurs.

Art. 10. — Il sera procédé, le jour de la première Assemblée générale, à la proclamation des présidents d'honneur et des secrétaires de chaque section.

Art. 11. — Les Assemblées générales seront consacrées aux discours d'usage et aux votes réglementaires à émettre. Ne pourront prononcer de discours dans les Assemblées générales que les membres qui auront été désignés et invités par le Comité exécutif d'organisation.

Art. 12. — Toutes les propositions relatives aux travaux du Congrès devront être notifiées au comité exécutif avant le 1er mai 1900. Le comité décidera de la suite à donner à ces propositions.

Art. 13. — Chaque comité de section organisera son programme de travail (audition des rapports et discussions sur les sujets proposés, communications diverses).

Art. 14. — Les discours prononcés en Assemblée générale et les rapports faits dans les sections seront publiés dans les comptes rendus des travaux du Congrès ; pour les communications diverses et les discussions, le comité exécutif se réserve tout droit d'examen.

Le temps assigné à chaque communication ne pourrra pas dépasser quinze minutes et les orateurs qui prendront part à la discussion ne pourront parler plus de cinq minutes chacun.

Art. 15. — Le texte écrit des rapports, communications et discussions devra être remis le jour même aux secrétaires de chaque section.

Art. 16. — La langue française est la langue officielle du Congrès pour toutes les relations internationales. Dans les Assemblées générales ainsi que dans les sections, les langues allemande, anglaise et française pourront être employées.

Art. 17. — Toutes les questions ayant trait aux travaux scientifiques des sections doivent être soumises et adressées au Président du Comité de la section intéressée. Pour tout ce qui concerne l'organisation et le fonctionnement du Congrès, on devra s'adresser au Secrétaire général du Congrès.

Art. 18. — Dans sa seconde Assemblée générale, le Congrès désignera le siège de sa prochaine réunion et en élira le bureau.

Clientèle médicale à céder gratuitement, pour raison d'age. S'adresser pour renseignements à M. Anatole Wimy, à Pierrepont-en-Laonnois. (Aisne).

Nécrologie. — Le Dr Peltre, de Bray-et-Lu (Seine-et-Oise), reçu en 1869. — Le Dr Lepeyronie, de Bordeaux, reçu en 1873. — Le Dr Oscar Boisson, de Libourne. — Le Dr Filaudeau, père, de la Roche-sur-Yon, reçu en 1858. Ce très regretté confrère avait eu la douleur de perdre l'un de ses deux fils, également docteur en médecine, il y a à peine un mois. — Le Dr Sémelaigne, père, de Neuilly-sur-Seine, décédé à l'âge de 79 ans.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

SACCHAROLÉ de quinquina **VIGIER**, 1 cuillerée à café au repas

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*